МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

БУСИГІНА Людмила Петрівна

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ПРОХІДНОСТІ ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ НЕПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

(клініко-лабораторні дослідження)

14.01.03 - хірургія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків - 1996

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

БУСИГІНА Людмила Петрівна

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ПРОХІДНОСТІ ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ НЕПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

(клініко-лабораторні дослідження)

14.01.03 - хірургія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Харків - 1996

Роботу виконано у клініці невідкладної хірургії Українського інституту удосконалення лікарів та у відділенні печінки, жовчних проток і підшлункової залози Харківського науково-дослідного інституту загальної та невідкладної хірургії.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Дуденко В.Г.

Офіційні опоненти: заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор ЛУПАЛЬЦЕВ В.І.

доктор медичних наук, професор С.Г.БОЛОВ

Провідна установа: Харківський науково-дослідний інститут загальної та невідкладної хірургії

Захист відбудеться "3" октября 1996 р. о 13³⁰ годині на засіданні спеціалізованої ради Д 02.38.04 при Харківському державному медичному університеті (310022, м.Харків, пр.Леніна, 4, аудиторія № 2).

Автореферат розіслано "3" сентября 1996 р.

Вчений секретар
спеціалізованої ради,
кандидат медичних наук,
доцент В.В.КИСЛИЦЯ

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми здійсненого дослідження обумовлена постійно зростаючою кількістю хворих на жовчокам"яну хворобу (ЖКХ) із порушенням прохідності позапечінкових жовчних протоків і незадовільними результатами оперативного лікування. І сьогодні надзвичайно актуальним є питання про вибір найбільш адекватного способу відновлення прохідності позапечінкових жовчних протоків - супрадуоденальної холедоходуоденостомії (СД ХДС) і трансдуоденальної папілосфінктеромії (ТД ПСТ або ПСТ).

У сучасний період маємо безліч суперечливих думок щодо показань до цих оперативних втручань, котрі застосовуються найчастіше: за умови наявності тих самих патологічних станів одні хірурги використовують СД ХДС (ХДС), інші виконують ТД ПСТ (ПСТ).

Очевидно, саме помилки у виборі метода корекції при різних видах непрохідності термінального відділу холедоха (ТВХ) і великого дуоденального сосочка (ВДС) обумовлюють незадовільні результати оперативних втручань. За даними деяких авторів (Милонов О.Б. із співавт., 1988; Родіонов В.В. і співавт., 1990; Клименко Г.А., Ахмад Аль-Хомсі, 1990; Шалімов А.А. і співавт., 1993; Dokard F. et al., 1992; Ramirez P. et al., 1993), кількість незадовільних результатів після СД ХДС досягає 19,8 % і більше, а після ТД ПСТ - до 10,8 %.

Саме незадовільні результати визначають значну кількість повторних операцій на жовчних протоках (Милонов О.Б. і співавт., 1988; Поташов Л.В. і співавт., 1989; Гостищев В.К. і співавт., 1991; Султаналіев Т.А. і співавт., 1992).

Після ХДС і ПСТ створюються нові анатомо-фізіологічні взаємовідносини органів гепатопанкреатодуоденальної системи (ГПДС),

котрі викликають функціональне й морфологічне перебудування цих органів. Здатність до цього перебудування багато в чому залежить від вихідного стану органів ГПДС, тому необхідним є не лише знання патологічного процесу, але й повна інформація про функціональний стан органів травлення. У процесі вибору способа оперативного втручання не враховуються показники шлункової секреції. Існують лише поодинокі публікації в літературі про те, що рівень шлункової секреції впливає на результати лікування порушень прохідності ТВХ (Краківський А.І., 1981; Пуртокас А.І., Ніколаєв В.Г., 1982; Kern E., 1965; Herzog K.H. et al., 1974).

Однак на сьогодні відсутні комплексні клініко-лабораторні дослідження, присвячені цьому спірному питанню. Тільки дослідження, котрі виконувалися у широкому плані з урахуванням тяжкості патологічного процесу, характеру перенесеної операції, функціональних порушень органів травлення (шлунок, печінка, підшлункова залоза) і стану гомеостазу організма, дозволяють представити переконливі патофізіологічно обгрунтовані факти, що підтверджують переваги і недоліки ХДС і ПСТ.

Все це свідчить про необхідність подальших досліджень у цій галузі, удосконалення існуючих і розробки нових методик для практичної хірургії.

Метою цієї роботи є покращення результатів хірургічного лікування рубцово-стенозуючих і обтуруючих захворювань ТВХ непухлинної етіології.

Для досягнення поставленої мети сформульовані такі задачі:

1. На основі сучасних науково-технічних досягнень патофізіологічно обгрунтувати необхідність доопераційного дослідження функціонального стану органів ГПДС у хворих на ускладнені форми жов-

чокам"яної хвороби.

2. З використанням сучасних методик вивчити функціональний стан печінки, підшлункової залози, позапечінкових жовчних проток, дванадцятипалої кишки (ДПК) у віддалені строки у хворих після коригуючих операцій - ХДС і ПСТ.

3. Патофізіологічно обгрунтувати показання й удосконалити нові технічні прийоми при виконанні коригуючих операцій типу ХДС і ПСТ при непрохідності ТВХ з урахуванням віддалених результатів.

4. Розробити і патофізіологічно обгрунтувати рекомендації щодо особливостей проведення раннього післяопераційного періоду і профілактиці його ускладнень.

Наукова новизна. Вперше на великій кількості клінічних спостережень встановлено, що показники функціонального стану печінки у хворих у віддалені строки після ПСТ покращуються, у той час як у хворих після ХДС спостерігається погіршення деяких з них.

У хворих після ХДС кислотоутворююча функція шлунку має тенденцію до стійкого зниження, ускладнюючи тим самим перебіг хронічного холангіту й панкреатиту. Патофізіологічно обумовленим є виникнення хронічного панкреатиту у віддаленому періоді після ХДС.

Нами модифіковано методику папілосфінктеропластики (посвідчення на рац. пропозицію № 1320 від 4.12.86, видане УІУЛ), запропоновано метод субопераційної холангіографії при вузькій куксі міхурної протоки, її обтурації і при синдромі після холецистектомії (посвідчення на рац. пропозицію № 1452 від 29.05.87). З метою проведення декомпресії кишечника і раннього черезсондового

ентерального живлення у ранньому післяопераційному періоді розроблено методику трансхоледохеальної інтубації кишечника (рац. проп. № 1319 від 04.12.96), а також запропоновано метод використання кукси міхурної протоки для інтубації кишечника з метою раннього ентерального живлення (РЕЖ) після ХДС (рац. проп.№ 1401 від 03.03.87). Для проведення раннього ентерального живлення через гастростому удосконалено спосіб гастростомії на протязі (рац. проп. № 1211 від 28.03.86), а також спосіб підшивання шлунку до парієнтальної очеревини, котра покриває круглу зв"язку печінки (рац. проп. № 1212 від 28.03.86).

Практична цінність. Розроблено патофізіологічно обгрунтовані критерії вибору оперативного втручання.

Встановлено прямий взаємозв"язок окремих результатів оперативного втручання із ступенем і характером органічних уражень і функціональних порушень суміжних органів, із тривалістю захворювання і правильністю вибору способу корекції жовчостоку. Виявлено вплив кислотоутворюючої функції шлунку на результати оперативного лікування у віддаленому післяопераційному періоді.

Уточнено й обгрунтовано відносні показники до ХДС і ПСТ з урахуванням віддалених результатів оперативного втручання.

Удосконалено технічні прийоми при виконанні коригуючих операцій. Розроблено рекомендації щодо ведення хворих у післяопераційний період із застосуванням РЕЖ. Запропоновано і використано методи декомпресії верхнього відділу шлунково-кишкового тракту, раннього черезсондового живлення з поверненням травних соків до кишечника.

Основні положення, що виносяться на захист.

1. Захворювання позапечінкових жовчних проток непухлин-

ного генезу супроводжується вираженими порушеннями кислотоутворюючої, моторно-евакуаторної функції шлунку, рухової функції ДПК, функціонального стану печінки і підшлункової залози. Характер цих змін залежить від ступеню тяжкості головного патологічного процесу і тривалості захворювання.

2. У віддалені строки після коригуючих втручань спостерігається покращення функціональних показників органів ГПДС, котре є більш вираженим після ПСТ.

3. ПСТ є операцією вибору в усіх випадках порушення прохідності ВДС і ТВХ (до 20-25 мм протяжністю), особливо у хворих молодого віку. Показання до ХДС мають обмежуватися протяжним стенозом ТВХ.

4. Включення РЕЖ до комплексного лікування хворих у ранньому післяопераційному періоді є патофізіологічно обгрунтованим і суттєво покращує результати оперативного лікування.

Декларація конкретного особистого внеску до розробки наукових результатів.

Проведено аналіз вітчизняної й зарубіжної літератури за останні 20 років за темою, котра вивчалася.

Взято активну участь у доопераційному обстеженні, операціях, післяопераційному веденні хворих і обстеженні їх у віддаленому післяопераційному періоді після коригуючих операцій.

Розроблено і впроваджено у практику метод субопераційної холангіографії при вузькій куксі міхурної протоки, її обтурації й у повторно прооперованих хворих; удосконалено спосіб гастростомії на протязі і спосіб підшивання шлунку до парієтальної очеревини, яка покриває круглу зв"язку печінки; запропоновано й застосовано методи декомпресії верхніх відділів ШКТ, раннього че-

реззондового ентерального живлення з поверненням травних соків до кишечника у хворих у ранньому післяопераційному періоді.

Апробація роботи. Головні положення роботи докладено на науково-практичній конференції з актуальних питань хірургічної гастроентерології у 1985, 1987 роках (м.Курськ); на засіданні Харківського наукового медичного товариства у 1986 р. (м.Харків); на науково-практичній конференції хірургів і терапевтів з проблеми "Захворювання печінки і позапечінкових жовчних шляхів" у 1986 г. (м.Харків); на XУI з"їзді хірургів УРСР у 1988 г. (м.Київ); на ювілейній конференції, присвяченій 75-річчю проф.Л.Г.Завгороднього у 1994 р. (м.Донецьк).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 13 праць, впроваджено 6 раціоналізаторських пропозицій.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 199 сторінках машинописного тексту. Складається із вступу, огляду літератури, розділів власних досліджень, заключення, висновків, практичних рекомендацій. Список використаної літератури вміщує III назв робіт вітчизняних і 89 іноземних авторів. Робота ілюстрована 29 таблицями, 4 графіками і 4 фотографіями.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ І МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ

Роботу виконано на кафедрі невідкладної хірургії Українського інституту удосконалення лікарів і у відділенні печінки, жовчних проток і підшлункової залози Харківського науково-дослідного інституту загальної й невідкладної хірургії. Під наглядом перебувало 352 хворих із ускладненими формами ЖКХ і безкам"яного холециститу. З приводу ЖКХ прооперовано 245 (69,6 %) з 352

хворих, причому з приводу хронічної її форми - 217 (61,6 %), 35 (9,9 %) хворих прооперовані з приводу безкам"яного холециститу (7 - у стадії загострення), решта 72 (20,4 %) прооперовані з приводу постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС). Серед хворих переважали особи старіше, ніж 50 років (61,1 %), причому жінок було у 4 рази більше.

У плановому порядку госпіталізований 191 хворий, в екстренному - 161. Операцію за екстренними показниками проведено 6 хворим, у решти приступ купірувано, проведено обстеження й оперативне втручання у різні строки з моменту вступу.

Анамнез захворювання до 5 років мав місце у 192 (54,5 %) хворих, до 10 років - у 91 (23 %), до 20 років - у 56 (15,9 %) і у 23 (6,5 %) хворих - більше 20 років.

Механічна жовтяниця при вступі була у 158 (44,9 %) хворих, 117 (33,2 %) хворих прооперовані на фоні жовтяниці. В анамнезі жовтяниця була у 102 (11,6 %) хворих, причому у 61 - багаторазова.

З метою корекції жовчостока у 185 хворих накладено СД ХДА, у 167 хворого виконано ТД ПСТ, причому у 6 хворих вона доповнювалася ХДС.

Характер виконаних операцій представлено у таблиці 1.

У більшості випадків спостерігалося сполучення двох і більше причин.

Повторні операції виконано 72 хворим. Причини повторних оперативних втручань були різні, найчастіше причиною був стеноз сфінктера Одді - 66 (91,7 % із загальної кількості повторно прооперованих хворих), хронічний панкреатит - 38 (52,8 %), а також їхнє сполучення - 32 (43,1 %).

Таблиця I

Характер виконаних коригуючих операцій при різній патології у обстежених хворих

Характер патології, яка мала місце до операції	Виконані операції		Всього (352)
	СД ХДС (185)	ТД ПСТ (167)	
	кількість (%)	кількість (%)	кількість (%)
Стеноз сфінктера Одді: первинний	13 (7)	21 (12,6)	34 (9,7)
вторинний	125 (67,6)	134 (80,2)	259 (73,6)
всього:	138 (71,5)	155 (92,8)	293 (83,5)
Каміння жовчних проток: поодинокі	35 (18,9)	30 (18)	65 (18,5)
множинні	55 (29,7)	36 (21,6)	91 (25,8)
всього:	90 (48,6)	66 (39,5)	156 (44,3)
Внутрішньопечінковий холангіолітиаз	1 (0,5)	2 (1,2)	3 (0,9)
Стеноз ТВХ	17 (9,2)	6 (3,6)	23 (6,5)
Стеноз вірсунгової протоки (ВП) і ВДС	-	13 (7,8)	13 (3,7)
Стеноз вічка ВП	-	13 (7,8)	13 (3,7)
Панкреатит: гострий	2 (1,1)	12 (7,2)	14 (4)
хронічний	104 (56,2)	70 (41,9)	174 (49,4)
всього:	106 (57,3)	82 (49,1)	188 (53,4)

Комплексне обстеження хворих включало клінічні, біохімічні й інструментальні методи дослідження з використанням сучасних методик. Усім хворим робили загальний аналіз крові й сечі. Функціональний стан печінки досліджували шляхом вивчення показників в

пігментного, білкового, ліпідного, вуглеводного обмінів, ферментного спектра крові, коагуляційного її складу. Про участь печінки в азотистому обміні робили висновок за рівнем залишкового азота крові і сечовини крові.

Вивчення функціонального стану підшлункової залози включало дослідження активності амілази крові і сечі, сахару крові натощака й після сахарного навантаження уніфікованим глюкозооксидазним методом.

Перелічені вище дослідження функціонального стану печінки і підшлункової залози проведено нами у 20 практично здорових людей, які склали контрольну групу. Здобуті результати прийнято за середні фізіологічно нормальні величини, що порівнювалися з показниками, що вивчалися, у досліджуваних хворих.

Клінічні дослідження проводилися при вступі до клініки (вихідний рівень до операції), перед випискою зі стаціонару після проведеного хірургічного лікування (ранній післяопераційний період) й у віддалений післяопераційний період (I-I2 років).

Отримані дані клінічних і біохімічних досліджень оброблено методом варіаційної статистики з визначенням достовірності різниці (р) між порівнюваними групами за критерієм Стьюдента-Фішера для зв"язаних і незв"язаних виборок. При необхідності використовували непараметричні методи математичної статистики, критерій X^2.

З інструментальних методів дослідження хворим проводилися:

- функція печінки досліджувалася радіоізотопним методом (проба з бенгальською розою, ^{131}I);
- стан жовчних проток досліджували шляхом проведення холецисто- і холангіографії (пероральної, внутрішньовенної або інфузійної);

- стан панкреатичних проток і холедоха оцінювали за допомогою ендоскопічної ретроградної холецистопанкреатографії;

- рентгенологічне дослідження шлунку і ДПК з барієм за звичайних умов і за умов штучної гіпотонії (зондової і беззондової);

- стан слизової шлунку і ДПК, а у віддалені строки - стан ВДС і холедоходуоденального сполучення вивчали за допомогою ендоскопа фірми "Olympus" YFB-4 і YFB-3.

Крім того, кислотопродуцюючу функцію шлунка досліджували аспіраційно-титраційним методом і за допомогою pH-метрії; екскреторну функцію підшлункової залози вивчали шляхом копрологічного дослідження екскрементів на перетравлюючу спроможність ферментів.

Вказані дослідження проводилися у хворих до операції з метою визначення вихідного функціонального стану органів ГПДС і шлунку, ступеня залучення цих органів до хронічного запального процесу при порушенні прохідності ТВХ і вибору оптимального метода корекції жовчостока з урахуванням наявних порушень. Ці ж самі дослідження проводилися при вивченні функціонального стану органів ГПДС у віддалені строки після операцій.

Беручи до уваги те, що у хворих з механічною жовтяницею до операції функціональні порушення печінки більш виражені, а процес нормалізації показників після операції може відбуватися більш довгочасно, у порівнянні з хворими без механічної жовтяниці, ми розподілили хворих після кожного виду оперативного втручання на дві групи: до першої групи увійшло 30 хворих після ХДС і 22 хворих після ПСТ без механічної жовтяниці до операції; до II групи увійшли I5 хворих після ХДС і 29 хворих після ПСТ з проявами механічної жовтяниці до операції. Результати дослідження у хворих після ХДС і ПСТ аналізували роздільно. Хворі (6) після виконаного подвійного внутрішнього дренування (ПВД) увійшли до групи хворих

після ПСТ.

СД ХДС виконували за методикою Юраша-Виноградова (182), А.А.Шалімова (2) і Фінстерера (1). З метою проведення після операції раннього череззондового ентерального живлення, особливо в ослаблених хворих із загрозою неспроможності анастомоза, ми застосовували розроблену нами методику інтубації кишечника через куксу міхурної протоки. Накладання ХДС закінчували зовнішнім дренуванням у 169 (91,4 %) хворих.

При виконанні ТД ПСТ перевагу віддавали субтотальній і тотальній ПСТ (64,7 %), яку доповнювали частковою папілосфінктеропластикою за розробленою нами методикою. Операцію закінчували зовнішнім дренуванням холедоха у 152 (91,6 %) хворих.

У ранньому післяопераційному періоді після ХДС у 60 (32,4 %) хворих (з 185) розвивалися ускладнення: печінково-ниркова недостатність (9), неспроможність ХДА (10), післяопераційний панкреатит (1), випадання дренажу холедоха (3) без розвитку перитоніту, підтікання жовчі мимо дренажу (6) і деякі інші ускладнення.

Після ХДС померли 3 (1,6 %) хворих від неспецифічних післяопераційних ускладнень.

У ранньому післяопераційному періоді після ПСТ ускладнення виникали у 57 (34,1 %) з 167 хворих, найсерйозніші з них: печінково-ниркова недостатність (17); гострий післяопераційний панкреатит (13), причому у 4 - "істинний"; недостатність швів ДПК (7); зовнішні жовчні нориці (7) та інші, менш суттєві ускладнення.

Після ПСТ померли 13 (7,8 %) хворих, причому 7 хворих (4,2 %) померли від специфічних ускладнень: гострого панкреатиту (5), неспроможності швів ДПК (2).

У віддаленому післяопераційному періоді обстежено 256 (72,7%) хворих (125 - після ХДС і 131 - після ПСТ) у строки обстеження від

I до I2 років у віці від I8 до 80 років.

Віддалені результати оцінювали за чотирибальною системою. Після ХДС поганих і задовільних результатів було у 2 рази більше, ніж після ПСТ, а відмінних і добрих - у I,5 рази менше.

Найкращі результати після ХДС отримано у хворих у більш похилому віці, у більш ранні строки обстеження, з меншою тривалістю механічної жовтяниці до операції і меншим анамнезом захворювання. Крім того, найкращі результати спостерігалися у хворих з більшим ступенем дилятації холедоха при відсутності супутнього хронічного панкреатиту. Відмінні і добрі результати одержані у половини хворих зі стенозом сфінктера Одді і ТВХ, у 37 з 59 (62,7 %) хворих із холедохолітіазом, у I2 з I8 (66,7 %) хворих з хронічним холангітом, у 34 з 72 (47,2 %) - з хронічним панкреатитом. З 25 хворих з хронічним панкреатитом, який розвинувся після операції у хворих з поганими і задовільними результатами, лише у 2 ми спостерігали дискінезію ДПК за гіпотонічним типом. Хронічний холангіт є частим супутником хронічного панкреатиту. У 22 з 25 (88 %) хворих з хронічним панкреатитом і холангітом ми не виявили звуження ХДА, тобто навіть при нормальній ширині холедоходуоденоанастомозу випорожнення поданастомозного сегменту утруднено. Стеноз ХДА ми спостерігали у 3 хворих, у 2 хворих виявлено рецидивний холедохолітіаз з порушенням функції анастомоза.

У віддалені строки збільшується кількість хворих з анацидним гастритом, рефлюксним антральним гастритом, часто у сполученні з хронічним деоденітом, а також рефлюксним дистальним езофагітом.

Найкращі результати після ПСТ отримані у хворих з протяжністю ПСТ до 20-22 мм і вихідним діаметром до 23-40 мм. При подовженні строків післяопераційного обстеження зменшується кількість поганих і задовільних результатів.

Після ПСТ з 126 хворих зі стенозом сфінктера Одді і ТВХ у 96 (76,2 %) одержані відмінні і добрі результати, з холедохолітіазом – 43 з 49 (87,8 %), з гострим і хронічним панкреатитом – у 42 з 67 (62,7 %), з явищами холангіта – у 13 з 18 (72,2%) хворих.

У віддаленому післяопераційному періоді у хворих з ХДА частіше виникає хронічний панкреатит і рідше спостерігається його клінічне вилікування (відповідно 15,2 % і 0,76 %; 3,2 % і 26,7 %). Після ХДС частіше розвивається хронічний холангіт (17,6 % і 3,05 %) навіть при відсутності стенозу і нормальної моторно-евакуаторної функції ДПК. У віддаленому періоді після ПСТ хронічний рефлюксний гастрит виник у 4,3 % хворих, після ХДС – у 6 %, хронічний дуоденіт відповідно у 0,5 % і 6,6 %. Крім того, добрі та відмінні результати після ПСТ зустрічалися достовірно частіше при стенозі сфінктера Одді і ТВХ ($p<0,001$), при холедохолітіазі ($p<0,01$) і при хронічному панкреатиті ($p<0,05$).

Клінічними та біохімічними дослідженнями встановлено, що порушення прохідності жовчних проток, особливо при наявності механічної жовтяниці, супроводжується порушенням пігментної, білковосинтезуючої і ферментоутворюючої функцій печінки.

Порушення пігментної функції відбивалося у підвищенні рівня загального білірубіну у 5 разів порівняно з нормальною величиною за рахунок його прямої фракції. У ранньому післяопераційному періоді, тобто до моменту виписки зі стаціонару, у хворих після ХДС загальний білірубін лишався достовірно ($p<0,001$) вище контрольного показника і показника у хворих після ПСТ ($p<0,01$).

У віддаленому післяопераційному періоді як після ХДС, так і після ПСТ у хворих обох груп спостерігається повна нормалізація пігментного обміну.

Порушення білковосинтезуючої функції полягало у зниженні альбуміну і підвищенні всіх глобулінових фракцій, більш виражене у хворих П групи. У ранньому післяопераційному періоді у жодній з груп як у хворих після ХДС, так і у хворих після ПСТ, не спостерігається нормалізація показників ані загального білка, ані альбуміну, ані глобулінів. У віддаленому післяопераційному періоді повної нормалізації білковосинтезуючої функції не спостерігається, хоч протеїнограма у хворих після ПСТ вигідно відрізняється від протеїнограми хворих після ХДС: у хворих І групи після ПСТ нормалізується рівень α_2-глобулінів і β-глобулінів.

Підвищення активності ферментів крові (АсАТ і АлАТ, лужної фосфатази) ми спостерігали у хворих на механічну жовтяницю, причому у ранньому післяопераційному періоді спостерігалося зниження ($p > 0,05$) активності АсАТ і лужної фосфатази (ЛФ) у хворих обох груп після обох видів операцій, а активність АлАТ у хворих І групи після ПСТ підвищилася, хоч і при відсутності достовірності з вихідним показником. У ранньому післяопераційному періоді всі показники нормалізуються тільки у хворих І групи після ХДС, у хворих П групи після ХДС і у хворих обох груп після ПСТ нормалізації активності трансаміназ ми не спостерігали. У хворих після ПСТ (обидві групи) спостерігається лише нормалізація активності ЛФ: чого ми не спостерігали у хворих П групи після ХДС, де активність ЛФ лишалася достовірно ($p < 0,01$) вище контрольного показника. У віддаленому післяопераційному періоді у хворих І і П груп після ХДС спостерігається достовірне ($p < 0,01$) підвищення активності АсАТ і відповідно коефіцієнту АсАТ/АлАТ, а активність ЛФ нормалізувалася повністю. У хворих І групи після ПСТ нормалізувалися всі показники ферментного обміну, а у хворих П групи – лише активність ЛФ. Активність АсАТ і АлАТ була у межах фізіологічної

норми, достовірно перевищуючи контрольний показник.

Протромбіновий індекс (ПІ) у хворих обох груп при вступі достовірно не відрізнявся від контрольного показника, після ХДС спостерігалося його зниження, й він достовірно відрізнявся від контрольного показника як у I ($p < 0,01$), так і в П ($p < 0,01$) групах. ПІ у хворих після ХДС у віддаленому періоді не відрізнявся від контрольного. У хворих після ПСТ цей показник залишався у межах фізіологічної норми і не відрізнявся від контрольного в усі періоди обстеження.

Фібриноген перевищував контрольний показник в обох групах до операції, більш суттєво - у хворих з механічною жовтяницею. У ранньому післяопераційному періоді цей показник повністю нормалізується лише у хворих I групи після ПСТ. У віддаленому періоді він не відрізняється від контрольного у хворих I групи після ХДС і обох груп після ПСТ. У хворих П групи після ХДС він достовірно ($p < 0,001$) перевищує контрольний.

Час рекальцифікації у хворих обох груп до і після ХДС перевищує контрольний показник ($p < 0,05$ і $p < 0,001$), а толерантність плазми до гепарину була достовірно ($p < 0,05$ і $p < 0,01$) знижена. У ранньому післяопераційному періоді ці показники не нормалізуються. У віддаленому періоді спостерігається повна нормалізація всіх показників у хворих після ПСТ, тоді як час рекальцифікації у хворих обох груп після ХДС достовірно перевищує контрольний показник, а толерантність плазми до гепарину лишається достовірно зниженою ($p < 0,01$ і $p < 0,05$).

Показники залишкового азоту і сечовини крові у хворих обох груп до і після обох видів оперативних втручань не відрізнялися від контрольного показника. Те ж саме можна сказати й про рівень сахару крові.

Рівень загального холестерину достовірно перевищував контрольний показник у хворих обох груп до операції, причому більше - у хворих П групи. У ранньому післяопераційному періоді після ХДС він достовірно не відрізнявся від контрольного показника, а після ПСТ спостерігалося його достовірне зниження у порівнянні з контрольним показником. У віддаленому післяопераційному періоді у хворих обох груп після ХДС і ПСТ рівень загального холестерину не відрізнявся від контрольного.

Радіоізотопне дослідження функції печінки підтвердило дані біохімічних досліджень крові: у хворих до операції спостерігається достовірне підвищення залишкової радіоактивності крові у хворих I ($p < 0,05$) і П ($p < 0,01$) груп при відсутності достовірної різниці між групами, достовірно знижено кут підйому гепатограми, більше - у хворих П групи ($p < 0,01$); достовірно підвищується максимальне накопичення фарби у печінці і час надходження її до кишечника, а також знижується її індекс печінкового захвату (ІПЗ). У віддаленому періоді після ХДС повністю нормалізується лише показник часу надходження фарби до кишечника у хворих I групи, решта показників мають тенденцію до нормалізації, але достовірно відрізняються від контрольних показників, особливо у хворих П групи.

При досліджуванні ендокринної функції підшлункової залози до операції, у ранньому і віддаленому післяопераційному періодах рівень сахара крові був у межах норми. Більш показовою є проба Штаубе-Траугетта. При дослідженні глікемічних кривих у віддаленому післяопераційному періоді ми виявили інсулярну недостатність у більшості хворих з хронічним панкреатитом, більш виражену із супутнім холангітом, а також у хворих з ХДА. Порушення функції підшлункової залози у хворих після ПСТ виражені менше.

Порушення екзокринної функції у хворих до операції виражало-

ся у підвищенні рівня амілази у крові і сечі, більш вр помітне у хворих з явищами механічної жовтяниці і гострого панкреатиту до операції. До моменту виписки ці показники нормалізувалися і у віддаленому післяопераційному періоді не відрізнялися від контрольних показників.

У віддаленому післяопераційному періоді у хворих після ХДС переважали цекальний і цекально-гастральний синдроми, що є непрямою ознакою панкреатичної недостатності у цих хворих. Панкреатичний синдром може бути показником хронічного процесу у підшлунковій залозі лише у запущених випадках індуративного панкреатиту з вираженою панкреатичною недостатністю.

У віддаленому періоді після ПСТ ми спостерігали панкреатичний синдром у однієї хворої з хронічним рецидивуючим індуративним панкреатитом, у решти хворих копрограма не відрізнялася від нормальної.

Таким чином, копрологічне дослідження у віддаленому періоді ще раз підтверджує більш частий розвиток хронічного запального процесу у підшлунковій залозі у хворих після ХДС, ніж після ПСТ.

При дослідженні функціонального стану шлунку аспіраційно-титраційним методом і pH-метричним методом виявлено зниження секреторної і кислотоутворюючої функції шлунку у хворих з патологією жовчовивідних шляхів, а також переважання безперервного кислотоутворення у цих хворих, що вказує на збудження залозистого апарату шлунку з наступним його виснаженням. У віддаленому післяопераційному періоді спостерігається подальше зниження кислотоутворюючої функції шлунку, що можна пояснити наявністю дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) і наявністю хронічного запального процесу у жовчних протоках, органах ГПДС. Кислотоутворююча функція шлунку не має вирішального впливу на віддалені результати, але слід вра-

ховувати, що у хворих після накладення ХДА частіше спостерігається зниження кислотоутворюючої функції шлунку за рахунок більш вираженого ДГР і наявності більш частого супутнього панкреатиту. Все це призводить до розвитку гістамінорефракторної ахлоргідрії, котра вже сама по собі викликає страждання у хворого, а крім того, може сприяти розвиткові хронічного холангіту за рахунок зниження бактерицидної і бактериостатичної властивостей шлункового соку. Зниження кислотоутворення призводить до цілого ряду порушень у системі травлення, що підтверджується наявністю цекального і цекально-гастрального копрологічних симптомів, а також більш вираженою інсулярною недостатністю у хворих після ХДС.

Порушення секреторної та кислотоутворюючої функцій шлунку у хворих після ХДС і ПСТ підтверджується даними ендоскопічного дослідження шлунку і ДПК у віддаленому післяопераційному періоді. Після ХДС і ПСТ хронічний рефлюксний гастрит і хронічний дуоденіт є частою супутньою патологією. Надходження жовчі у більшості хворих (32 з 34) після ХДС було постійним, а порушення моторики ДПК і недостатність кардіального й пілоричного відділів на фоні рубцево-спайкової деформації луковиці ДПК сприяли виникненню хронічного рефлюксного гастриту (27 з 34), хронічного дуоденіту (22 з 34) і дистального рефлюксного езофагіту (5 з 34). Наші дані підтверджують дослідження Д.Ф.Благовідова і співавторів (1980). Ми встановили, що ступінь запальних змін слизової шлунку, ДПК і ВДС залежала не стільки від строків тривалості післяопераційного періоду, скільки від стану ХДА і ВДС: при наявності перешкод стоку жовчі (лігатури, стеноз, вбитий камінь, холедохолітіаз у поданастомозному відділі холедоха (запальний процес затягувався до 7 років. Ті ж самі порушення негативно відбивалися на моторно-евакуаторній функції ДПК, що у свою чергу сприяло підтримці запалення

У хворих після ПСТ запальні зміни у ділянці ВДС спостерігалися лише у ранні строки обстеження (до 6 місяців), жовч у всіх хворих надходила порціонно, у достатній кількості до низхідного відділу ДПК. Крім того, рубцово-спайкова деформація ДПК після цього виду оперативного втручання зустрічається значно рідше (4 з 16) і виражена менше, не порушувалася замикальна функція пілоруса, як після ХДС. Цими факторами пояснюється менш частий (8 з 16) розвиток хронічного рефлюксного гастриту у хворих після ПСТ, більш легкий його перебіг. Разом з тим, у хворих після ПСТ ця супутня патологія має місце, особливо на фоні дуоденостазу з хронічним холангітом, про що необхідно пам"ятати при диспансеризації хворих.

Рентгенологічним дослідженням шлунково-кишкового тракту (ШКТ) з баріем встановлено, що дуоденобіліарний рефлюкс (ДБР) після ПСТ не може відігравати вирішальну роль у виникненні хронічного холангіту у віддалені строки після операції. Однак при виражених порушеннях моторики ДПК, дуоденостазі дренування холедоха порушується і виникають умови для розвитку холангіту і супутнього хронічного панкреатиту. При нормальній моторно-евакуаторній функції ДПК ці ускладнення не викликають ані у хворих з ДБР, ані у хворих без нього. У віддаленому періоді після ПСТ ми спостерігали 7 (5,3 %) випадків розвитку холангіту, причому лише у 4 (3,1 %) хворих він розвивався вперше після операції. У всіх хворих з хронічним холангітом мало місце порушення значною мірою моторно-евакуаторної функції ДПК, а після проведення консервативного лікування, спрямованого на її нормалізацію, стан хворих покращувався. Крім того, холангіт після ПСТ проходить значно легше, ніж після ХДС. Остання, створюючи анатомо-фізіологічні передумови щодо розвитку хронічного холангіту і хронічного панкреатиту, робить їх резистен-

тними відносно консервативної терапії і призводить до прогресування цих захворювань.

Все викладене вище диктує необхідність комплексного доопераційного дослідження функціонального стану органів ГПДС у хворих з патологією жовчовивідних шляхів, яке дасть змогу отримати необхідну інформацію, що сприятиме правильному вибору метода оперативного втручання у кожному конкретному випадку і проведенню його у повному обсязі.

На основі клінічних, біохімічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих у віддаленому післяопераційному періоді ми дійшли висновку, що ПСТ є більш радикальним і фізіологічно обгрунтованим методом оперативного лікування хворих з патологією позапечінкових жовчних проток із супутнім хронічним панкреатитом. Абсолютними показниками до ПСТ є ущемлений камінь ВДС, стеноз сфінктера Одді та їхнє сполучення. Відносні показники включають у себе рубцові стенози ВДС і ТВХ протяжністю до 25 мм, флотуючі і вбиті каміння ВДС; множинний мікрохоладохолітіаз, а також внутрішньопечінковий холангіолітіаз, особливо при їх сполученні зі стенозом ВДС; множинні і дрібні каміння у жовчному міхурі при широкій міхурній протоці; наявність жовчного печка і замазкоподібної маси при сумнівній прохідності ВДС; хронічний рецидивуючий холангіт у сполученні зі стенозом ВДС; хронічний панкреатит біліарної етіології; термінальний холангіт і хронічний рецидивуючий панкреатит після ХДС; звуження ХДА.

Показання до ХДС мають обмежуватися протяжним стенозом ТВХ (більше 25 мм) та індуративним панкреатитом. У виключних випадках ХДС може використовуватися при різних видах холедохолітіазу (крім ампулярного) і внутрішньопечінкового холангіолітіазу при збереженні прохідності ВДС і відсутності хронічного панкреатиту.

ВИСНОВКИ

1. Рубцово-стенозуючі й обтуруючі ураження жовчовивідних шляхів супроводжуються вираженими порушеннями функціонального стану печінки, підшлункової залози, шлунку і ДПК, а ступінь цих порушень залежить від тяжкості патологічного процесу. Комплексне доопераційне обстеження хворих з патологією жовчовивідних шляхів має включати дослідження жовчних проток, печінки, підшлункової залози, шлунку і ДПК. Це дасть змогу правильно вибрати метод оперативного втручання і провести його у повному обсязі.

2. Рубцово-стенозуюча і обтуруюча патологія жовчовивідних шляхів має рефлекторний пригнічуючий вплив на шлункову секрецію, викликаючи перевагу безперервного кислотоутворення з наступним виснаженням залізистого апарату. У хворих з ХДА у зв"язку з наявністю вираженого ДГР, кислотоутворююча функція різко знижується, поглиблюючи перебіг хронічного настродуоденіту, холангіту, панкреатиту.

3. Дуоденобіліарний рефлюкс, який виникає після ХДС і ПСТ, нерівнозначний: після ХДС він більш протяжний і тривалий, ніж після ПСТ, випорожнення поданастомозного сегмента утруднюється навіть при достатній ширині ХДА і нормальній моторно-евакуаторній функції ДПК, що є причиною розвитку хронічного панкреатиту і холангіту. ДБР після ПСТ призводить до розвитку термінального холангіту лише на фоні вираженого дуоденостазу і рестенозу.

4. Вибір характеру операції визначається такими головними моментами: при наявності протяжного стенозу ТВХ (більше 25 мм) й індуративного панкреатиту показана ХДС; у виключних випадках ХДС може застосовуватися при різних видах холедохолітіазу (окрім ампулярного) і внутрішньопечінкового холангіолітіазу при збереженій

прохідності ВДС і відсутності явищ хронічного панкреатиту. ПСТ показана при всіх видах порушень прохідності ВДС і ТВХ протяжністю не більше 25 мм при відсутності значного розширення й атонії загальної жовчної протоки (ЗЖП).

5. Розроблена нами і впроваджена у практику клініки часткова папілосфінктеропластика дає змогу виконати ПСТ у більшості хворих без значного ризику.

6. Запропоновані нами методи (трансхоледохеальної інтубації тонкого кишечника, гастростомії) декомпресії верхніх відділів ШКТ у сполученні з раннім ентеральним живленням і поверненням травних соків до кишечника у хворих після ХДС і ПСТ у ранньому післяопераційному періоді сприяє появі адаптаційно-компенсаторних процесів з боку органів ГПДС у більш ранні строки, а у випадку неспроможності швів анастомозу або ДПК - більш швидкому закриванню нориці.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для правильного вибору метода й обсягу оперативного втручання у хворих з рубцово-стенозуючими й обтуруючими захворюваннями жовчовивідних проток необхідна повна інформація про функціональний стан печінки, підшлункової залози, ДПК і шлунку.

2. У хворих зі зниженою кислотоутворюючою функцією шлунку і порушенням прохідності позапечінкових жовчних проток найкраще виконувати ПСТ.

3. З метою профілактики рецидивного холедохолітіазу слід віддавати перевагу субтотальній і тотальній папілосфінктеротоміям, котрі доповнюються частковою папілосфінктеропластикою.

4. Усі види порушень прохідності ВДС і ТВХ протяжністю 20-25 мм потребують прямих втручань на ВДС при відсутності протипоказань до них.

5. У ранньому післяопераційному періоді у хворих після ХДС і ПСТ слід ширше застосовувати поряд із парентеральним живленням ранне черезондове ентеральне живлення і декомпресію ДПК з поверненням травних соків до кишечника, що дозволить значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень у ослаблених хворих з тривалою механічною жовтяницею і тяжкою супутньою патологією серцево-судинної системи.

6. З метою покращення віддалених результатів оперативного лікування хворих з обтуруючими і рубцово-стенозуючими ураженнями ВДС і ТВК необхідно поширити показання до ПСТ і обмежувати показання до ХДС, котра у цих випадках не є патогномонічним методом лікування, залишаючись джерелом нових хворобливих симптомів у віддаленому післяопераційному періоді.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Показания к трансдуоденальной папиллосфинктеротомии при неопухолевых заболеваниях билиарно-панкреатической системы // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. - Курск, 1985.- С.116-118 (соавт.: В.А.Бондаренко, М.С.Болоков, В.И.Бильченко).

2. Показания к различным видам внутреннего дренирования гепатикохоледоха // Заболевания печени и внепеченочных желчных путей. - Харьков, 1986. - С.4-5 (соавт.: В.А.Бондаренко, М.С.Болоков, Ю.С.Ребров).

3. Раннее чреззондовое энтеральное питание больных после операций на желчных протоках // Заболевания печени и внепеченочных желчных путей. - Харьков, 1986. - С.10 (соавт.: В.А.Бондаренко, М.С.Болоков).

4. Подготовка к операции больных покилого возраста с ишемической болезнью сердца // Ишемическая болезнь сердца и артериаль-

ная гипертония. - Харьков, 1986. - С.13 (соавт.: М.С.Болоков, А.А.Бунина).

5. Предоперационная подготовка больных с гипертонической болезнью при операциях на желчных протоках // Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертония. - Харьков, 1986. - С.13 (соавт.: М.С.Болоков, В.В.Климов).

6. Изучение резистентности сфинктера Одди дуоденобилиарному рефлюксу в норме и после папиллосфинктеротомии // Заболевания печени и внепеченочных желчных путей. - Харьков, 1986. - С.9-10 (соавт.: М.С.Болоков, В.А.Бондаренко, В.Г.Дуденко).

7. Непосредственные результаты супрадуоденальной холедоходуоденостомии // Пригласительный билет и аннотированная программа / УИУВ. - Харьков, 1987. - С.9-10 (соавт.: М.С.Болоков, М.В.Голетиани).

8. Острая печеночная недостаточность после трансдуоденальной папиллосфинктеропластики // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. - Курск, 1987. - С.67-68 (соавт.: М.С.Болоков).

9. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия у больных пожилого и старческого возраста, показания и результаты // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. - Курск, 1987. - С.71-72 (соавт.: В.А.Бондаренко, М.С.Болоков).

10. Результаты применения холедоходигестивных анастомозов у больных с постхолецистэктомическим синдромом // XVI съезд хирургов Украинской ССР. - Киев, 1988. - С.52-53 (соавт.: М.С.Болоков, Ю.С.Ребров, В.Г.Дуденко, М.В.Голетиани).

11. Причины неудовлетворительных результатов после супрадуоденальной холедоходуоденостомии в отдаленном периоде // Тезисы докладов юбилейной конференции, посвященной 75-летию проф.Л.Г.Завгороднего. - Донецк, 1994. - С.48-49 (соавт.: В.А.Бондаренко, В.И.

Бильченко, В.Г.Дуденко/.

I2. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с нарушением проходимости желчевыводящих путей // Тезисы докладов юбилейной конференции, посвященной 75-летию проф. Л.Г.Завгороднего. - Донецк, 1994. - Ч.I. - С.49-50 /соавт.: В.А.Бондаренко, В.И.Бильченко, В.Г.Дуденко/.

I3. Показания к трансдуоденальной папиллосфинктеротомии в свете отдаленных результатов // Тезисы докладов юбилейной конференции, посвященной 75-летию проф. Л.Г.Завгороднего. - Донецк, 1994. - Ч.I.- - с.50-5I /соавт.: В.А.Бондаренко/.

АННОТАЦИЯ

Бусыгина Л.П. Оптимизация хирургического лечения непроходимости терминального отдела общего желчного протока неопухолевого генеза. Рукопись. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности I4.0I.03 - хирургия. Харьковский государственный медицинский университет. Харьков. 1996.

Исследование основано на клинико-инструментальном обследовании 352 больных, оперированных по поводу осложненных форм желчнокаменной болезни.

Усовершенствована методика папиллосфинктеропластики, предложены методы гастростомии, трансхоледохеальной интубации кишечника с целью проведения декомпрессии кишечника и раннего чреззондового питания.

Проанализированы отдаленные результаты у 256 больных от I года до I2 лет. На основании отдаленных результатов уточнены показания к холедоходуоденостомии и папиллосфинктеропластике.

ANNOTATION

Bugaina L.P. Optimization of surgical treatment of benign distal obstructions of the common bile duct. Manuscript. The dissertation to receive the degree of candidate of medical sciences on speciality 14.01.03 - surgery. Kharkov State Medical University. Kharkov. 1996.

The research is based on clinico-instrumental inverstigation of 352 patients, operated with complicated forms of the gollstones.

Method of papillosphincteroplasty was improved, methods of gastrostomy and transcholedochal intubation of the intestine with the purpose of carrying out the decompression of intestine and the early transprobe feeding proposed.

Long-term results of 256 patients from 1 to 12 years were analysed. On the basis long-term results indications to choledochoduodeostomy and papillosphincterotomy were specified.

Ключові слова: порушення прохідності позапечінкових жовчних протоків, корекція жовчостока, віддалені результати.

Подписано к печати 18.07.96 г.
Печать офсетная. Заказ Р-1145. тираж 100.
Отпечатано ЗАО типографии №16 Харьков-3
ул. Университетская, 16